

Содержание матриксной металлопротеиназы-9 в плазме костного мозга больных острым миелоидным лейкозом

Лесниченко И.Ф., Грицаев С.В., Кострома И.И.

ФГБУ Российский НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА России, Санкт-Петербург

Введение. Металлопротеиназы (ММП) принимают непосредственное участие в лейкогенезе.

Цель работы. Оценить прогностическое значение концентрации ММП-9 в плазме костного мозга больных острым миелоидным лейкозом (ОМЛ).

Материалы и методы. Исследование проведено с помощью тест-системы Human MMP-9 immunoassay.

Результаты и обсуждение. Выявлено значимое различие в содержании ММП-9 при активном состоянии ОМЛ и в состоянии полной ремиссии: 2,253 против 8,869 ($p = 0,008$). Низкая концентрация выявлена и у больных с ПР, но признаками остаточной болезни.

Заключение. Обнаруженное различие в содержании ММП-9 в разных стадиях ОМЛ позволяет рассматривать его как маркер оценки эффективности терапии.

Клиническая характеристика и лечение экстранодальной лимфомы щитовидной железы

Луцкая Т.Д., Голенков А.К., Митина Т.А., Бритвин Т.А., Захаров С.Г.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Введение. Лимфомы щитовидной железы, по нашим наблюдениям, составляют 4,7% случаев всех лимфом. Начало заболевания чаще всего протекает под маской тиреоидита, что вызывает значительные сложности в диагностике.

Цель работы. Изучение клинического течения, морфологических и иммуногистохимических особенностей неходжкинских лимфом с поражением щитовидной железы, а также выработка оптимального лечебного подхода.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находятся 10 больных (2 мужчины и 8 женщин), средний возраст 60,9 года, оперированы 4 пациента. Диагноз устанавливали в соответствии с классификацией ВОЗ на основании гистологического и иммуногистохимического исследований. Стадирование осуществляли согласно классификации Ann Arbor. Ответ на лечение оценивали по критериям Cheson. В 70% случаев выявлена ошибка в диагностике заболевания на основании цитологического исследования.

Результаты. По данным морфологического и иммуногистохимического исследования у 9 больных выявлена ДВКЛ и

у 1 – MALT-лимфома. Всем пациентам реализована стандартная химиотерапия R-СНОР-21 в режиме индукции 8 курсов. Достигнут полный ответ. Поддерживающая терапия ритуксимабом проводилась в течение 2 лет. На фоне лечения функция щитовидной железы полностью восстановилась у неоперированных больных. Безрецидивная выживаемость в двух группах в течение 3 лет составила 100%.

Заключение. Отмечается неинформативность цитологического исследования у больных с экстранодальной лимфомой щитовидной железы. Для верификации диагноза показана пункционная или открытая биопсия образования с морфологическим и иммуногистохимическим исследованием. Экстирпация щитовидной железы при НХЛ не является альтернативой иммунохимиотерапии. У больных с сохраненной щитовидной железой, получающих R-СНОР-терапию, непосредственные и отдаленные результаты лечения аналогичны таковым в группе оперированных больных. У оперированных больных возникает послеоперационный гипотиреоз, требующий пожизненной заместительной терапии тиреоидными гормонами.

Применение бендамустина у пожилых больных хроническим лимфолейкозом с тяжелой соматической патологией

Лысенко И.Б., Шатохина О.Н., Николаева Н.В., Капуза Е.А.

ФГБУ Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение. Использование у пожилых больных хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) курсов полихимиотерапии, включающих кортикостероиды, флударабин, антрациклины, сопряжено со значительным усугублением имеющейся соматической патологии.

Цель работы. Оценить эффективность, безопасность терапии ритуксимабом и бендамустином у пожилых больных ХЛЛ III–IV стадии по Rai и тяжелыми сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов терапии ритуксимабом и бендамустином у 14 больных ХЛЛ в возрасте старше 65 лет с наличием постинфарктного кардио-

склероза, стабильной стенокардии напряжения и артериальной гипертензии. Всего проведено 6 курсов терапии.

Результаты. После 6 курсов терапии у 8 больных достигнута клинико-гематологическая ремиссия заболевания при отсутствии лимфоцитов в крови с иммунофенотипом, характерным для лимфолейкоза. У 6 больных достигнута стабилизация заболевания. Усугубление сопутствующей патологии не отмечено.

Заключение. У пожилых больных с продвинутыми стадиями ХЛЛ и тяжелой патологией сердечно-сосудистой системы в качестве первой линии терапии целесообразно использование ритуксимаба в сочетании с бендамустином.

Анемия при лимфопролиферативных заболеваниях

Лямкина А.С., Поспелова Т.И., Нечунаева И.Н.

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Городской гематологический центр, ГБУЗ НСО ГКБ № 2, Новосибирск

Введение. Ключевую роль в регуляции эритропоэза играет эритропоэтин (ЭПО). Анемический синдром часто встречается у больных гемобластозами. Одной из причин развития анемии является неадекватная продукция эритропоэтина.

Цель работы. Оценить уровень продукции эндогенного ЭПО как одного из важных патогенетических механизмов развития анемии у больных лимфопролиферативными заболеваниями (ЛПЗ).

Материалы и методы. Исследован уровень сывороточного эритропоэтина (сЭПО) у 129 больных ЛПЗ с анемией различной степени тяжести, средний возраст больных составил 50,8 года. Все больные получали курсы полихимиотерапии по поводу основного заболевания.

Результаты и обсуждение. Средний уровень гемоглобина составил 101,7 г/л, гематокрита – 30,4%, средняя концентрация сЭПО – 39,5 mIU/ml, что для данного уров-

ня гематокрита является аномально низким (M. Cazolla). Снижение уровня сЭПО выявлено у 70,8% обследованных больных.

Заключение. Значимую роль в патогенезе анемического синдрома у больных ЛПЗ играет неадекватная продукция эндогенного ЭПО и, следовательно, недостаточная стимуляция эритропоэтинчувствительных эритроидных предшественников костного мозга.

Адгезивная активность тромбоцитов пациентов с тромбозами бедренных артерий в разных отделах сосудистого русла

Макаров М.С., Ларин А.Г., Коков Л.С., Высочин И.В., Боровкова Н.В., Хватов В.Б.

ГБУЗ НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Москва

Цель работы. Провести морфофункциональный анализ адгезивной активности тромбоцитов из разных отделов сосудистого русла пациентов с тромбозами бедренных артерий.

Материалы и методы. Исследовали образцы артериальной, капиллярной и венозной крови у 10 доноров (контроль) и 10 пациентов с тромбозами бедренных артерий. Морфофункциональный анализ проводили с помощью гсодержание тромбоцитов с гранулами (Дтр. гр., %); морфофункциональную активность тромбоцитов (МФАТ, баллы); время адгезии и дегрануляции тромбоцитов на стекле (ВАТ, мин).

Результаты. У обследованных доноров и пациентов с тромбозами не выявлено значимых различий по Дтр. гр. и МФАТ в разных отделах сосудистого русла. Вместе с тем у пациентов с

тромбозами значения Дтр. гр. и МФАТ были значительно повышены ($p > 0,01$), составляя в среднем 81,2% и 68,3 балла, в то время как у доноров – соответственно 57,1% и 48,6 балла. У доноров динамика адгезии тромбоцитов на стекле была одинаковой во всех отделах сосудистого русла. Значения ВАТ составили в среднем 29,9 мин. В то же время у пациентов с тромбозами в артериальной крови полная дегрануляция всех тромбоцитов наступала через $20,5 \pm 0,5$ мин, в капиллярной крови – через $30 \pm 0,8$ мин, в венозной крови – через $36,5 \pm 2,5$ мин ($p > 0,01$).

Заключение. У пациентов с тромбозами бедренных артерий скорость адгезии и дегрануляции тромбоцитов в капиллярной крови была нормальной, в артериальной крови – повышенной, в венозной крови – сниженной.

Возможности хирургического лечения поражений костей плазмноклеточными опухолями

Мамонов В.Е., Чемис А.Г., Писецкий М.М., Каргальцев А.А., Балберкин А.В., Рыжко В.В.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России; ФГБУ Центральный институт травматологии и ортопедии Минздрава России, Москва

Введение. Поражение костей – патогномичный признак плазмноклеточных опухолей (ПКО): множественной миеломы (ММ) и солитарной плазмцитомы (СП).

В 2008–2012 гг. выполнено 20 операций у 18 больных: СП – 4, ММ – 14. Возраст больных от 28 до 80 лет (средний возраст 57 лет). Мужчин – 60%, женщин – 40%.

Показания к операции: патологический перелом (ПП) – 11 (плечевой – 7, бедренной – 4); остеолитический дефект околоушной ПП – 6; ПП, компрессия спинного мозга или корешков спинномозговых нервов – 3. Все пациенты получали химиотерапию, лучевая терапия (40 Гр) проведена 5 больным.

Материалы и методы. Выполнены операции:

- закрытая репозиция, блокируемый интрамедуллярный остеосинтез (БИОС) – 9;
- открытая репозиция, кюретаж патологического очага, БИОС – 2;
- эндопротезирование суставов: тазобедренного – 3, плечевого – 1, локтевого – 1;
- передняя декомпрессия спинномозгового канала, передний спондилодез – 1;

– задняя декомпрессия спинномозгового канала, задняя стабилизация позвоночного столба – 2 операции.

Результаты. Закрытая репозиция с БИОС обеспечила стабильную фиксацию и восстановление функции конечности с минимальной кровопотерей. Открытая репозиция с кюретажем опухоли не имела преимуществ перед малоинвазивной операцией. При эндопротезировании средняя кровопотеря составила 1500 мл. Осложнение – глубокая перипротезная инфекция – у 1 больного, перенесшего лучевую терапию. Селективная эмболизация артерий ПКО снизила кровопотерю при резекции плечевой кости с протезированием локтевого сустава до 300 мл. При спинальных операциях средняя кровопотеря составила 1650 мл. Осложнение в виде нагноения гематомы и ликвореи наблюдалось у 1 больного, перенесшего лучевую терапию.

Заключение. Операцией выбора при ПП у пациентов с ПКО является закрытая репозиция с БИОС. Селективная эмболизация сосудов ПКО снижает кровопотерю при эндопротезировании. Лучевая терапия – фактор риска развития послеоперационных осложнений при ПКО.

Синхронные и метакронные миелоидные и лимфоидные опухоли в гематологической практике

Меликян А.Л., Горячева С.Р., Колошейнова Т.И., Суборцева И.Н., Вахрушева М.В., Колосова Е.Н., Колосова Л.Ю., Судариков А.Б., Двирник В.Н., Варламова Е.Ю., Ковригина А.М.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. У пациентов с гематологическими заболеваниями высока вероятность выявления второй опухоли, как вследствие повышения эффективности лечения, так и в связи с совершенствованием диагностики. Этиология не установлена.

Цель работы. Изучение особенностей клинического течения синхронно и метакронно протекающих миелоидных и

лимфоидных опухолей, определение этиопатогенеза первично-множественных гематологических опухолей.

Материалы и методы. В ГНЦ с 1996 по 2013 г. наблюдались 20 больных с синхронными и метакронными опухолями. Возраст больных от 42 до 82 лет. Соотношение женщины: мужчины 1:1,2. Среди них 17 (85%) больных с двумя